

## **PROCEDIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO RESONANCIA MAGNÉTICA CON GEL VAGINAL.**

### **PROCEDIMIENTO**

La exploración a la que va a someterse es una Resonancia Magnética que requiere la utilización previa de un contraste de GEL VAGINAL. Según criterio de su médico, la utilización de este contraste es importante para obtener unos óptimos resultados diagnósticos.

Nosotros le facilitamos el gel que usted misma se puede introducir en vagina o si lo prefiere solicite nuestra ayuda.

Debe acudir a la cita sin la menstruación y no hace falta ayuno a no ser que la prueba de Resonancia Magnética solicitada necesite contraste intravenoso, en ese caso se le habrá advertido con antelación y recibirá el consentimiento informado adecuado a su procedimiento.

Este contraste (gel vaginal) es inocuo y no suele producir molestias. Excepcionalmente, se han descrito molestias locales casi todas leves, sin que exista un análisis previo que nos permita saber en qué personas pueden producirse dichas molestias.

Una vez finalizada la prueba usted puede hacer su vida con total normalidad.

Como alternativa, dependiendo de la exploración y la sospecha clínica, se puede realizar una Resonancia Magnética simple (sin este tipo de contraste), aunque ello puede suponer una disminución en la capacidad diagnóstica de la exploración.

Si cree que pueda estar embarazada o está en proceso de lactancia consúltenos.

En todo momento usted permanecerá en comunicación con nuestro personal técnico.

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

*Continúa detrás.....*

## CONSENTIMIENTO

DATOS DEL PACIENTE:

D/Dña:.....

Con D.N.I. nº: .....

**Declaro que he recibido información sobre las características de la prueba y los riesgos que su realización conllevan, así como que estoy satisfecho/a con la información recibida y que la he comprendido.**

Decido .....(SI /// NO) dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba por los profesionales adecuados que se precisen, y soy responsable de las consecuencias de mi decisión.

Málaga a.....de.....de .....

---

FIRMADO

**El paciente o responsable legal**

*SI EL PACIENTE ES MENOR O PERSONA DISCAPACITADA, DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL:*

D/Dña:.....

con D.N.I. nº .....

**Decido revocar mi consentimiento..... Firmado.....**

Observaciones.....

Revisado por.....